

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1480/2013

ATAS/1010/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 décembre 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître HONEGGER Marie-
Paule

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), originaire du Kosovo, né le _____ 1963, est arrivé en Suisse en 1995.
2. Sans emploi, l'assuré bénéficiait, depuis le 1^{er} novembre 2004, de prestations de l'assurance-chômage lorsqu'en date du 3 février 2006, il est tombé d'une chaise alors qu'il voulait prendre un ustensile dans un placard de sa cuisine.
3. Une radiographie effectuée le jour de l'accident a mis en évidence une tuméfaction du tendon quadricipital ainsi qu'une suspicion d'épanchement intra-articulaire.
4. Dans un rapport du 10 mars 2006, le docteur B_____, médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de suspicion de lésion post-traumatique du ménisque interne du genou droit. L'état était stationnaire et une imagerie par résonance magnétique (IRM) était prévue.
5. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA).
6. Le 20 mars 2006, une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit a mis en évidence une lame de liquide intra-articulaire, une chondropathie rotulienne sans érosion osseuse associée, une déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, le développement d'un kyste synovial dans la partie antérieure et paramédiane interne du genou, une tendinopathie rotulienne et une discrète bursite pré-rotulienne, une rotule en position légèrement haute et un discret signe d'arthrose fémoro-patellaire, un discret pincement du compartiment interne du genou et des lésions ostéochondrales superficielles des surfaces condyliennes postérieures.
7. Alors qu'il percevait des indemnités journalières de la SUVA, l'assuré a travaillé pour la Brasserie des C_____, entre avril et août 2006. Pour des raisons de santé, il a résilié son contrat de travail.
8. Le Dr B_____ (cf. ses rapports des 16 avril et 27 juin 2006) a confirmé le diagnostic de déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne droit en précisant que l'assuré restait dans l'attente d'une arthroscopie aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG), les délais pour une telle intervention étant très longs.
9. Le 8 décembre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI).
10. Par courrier du 13 février 2007, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a informé l'OAI qu'en raison de l'absence de son confrère le Dr B_____, il avait repris le suivi de l'assuré.

Se référant à un rapport du docteur E_____, médecin auprès de la polyclinique de chirurgie des HUG, non daté, le nouveau médecin traitant a expliqué que l'assuré présentait une déchirure au niveau du ménisque interne, désormais indolore et asymptomatique, les douleurs étant essentiellement présentes au niveau fémoro-patellaire et sur le compartiment externe du genou. Pour ce motif, aucune prise en charge opératoire n'avait été décidée.

L'assuré devait poursuivre la physiothérapie et une reprise à 100% d'une activité adaptée, sans port de charges, ni travaux physiquement lourds, pouvait être envisagée dès le 1^{er} février 2007.

En annexe à ce courrier figuraient le courrier précité du Dr E_____, ainsi que la première page d'un rapport du Dr D_____, non datée, destinée à l'OAI et mentionnant les diagnostics suivants : déchirure au niveau du ménisque interne et discopathie débutante L1-L2 avec sacralisation de L5, sans hernie discale objectivée sur l'ensemble des coupes pratiquées le 6 octobre 2003.

11. Le 1^{er} mars 2007, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, a examiné l'assuré.

Selon le rapport du même jour, l'arthroscopie initialement demandée aux HUG avait finalement été refusée, vu le long délai d'attente.

Lors de l'examen, une symptomatologie douloureuse mal expliquée, associée à une difficulté d'extension du genou droit persistait. Un kyste ténosynovial assez important, placé en position antérieure, avait été constaté et était probablement accessible à une ponction sous échographie.

L'assuré avait retrouvé une activité pour le mois d'avril.

Compte tenu de la longueur de l'évolution, le Dr F_____ considérait qu'il était préférable de tenter une reprise du travail et de se poser la question de la réévaluation de l'importance clinique du kyste ténosynovial en cas d'échec, en refaisant une IRM.

12. La reprise du travail mentionnée par le Dr F_____ a finalement eu lieu le 14 mai 2007.
13. Un nouvel arrêt de travail a débuté le 4 juin 2007 : l'assuré avait tenté la reprise d'une activité d'aide poseur de parquet et son genou avait lâché le 4 juin 2007, alors qu'il montait des escaliers avec une charge. Ce lâchage avait également déclenché de vives douleurs au niveau lombaire (cf. rapport du Dr D_____ du 12 juillet 2007).
14. A l'examen, le Dr D_____ avait constaté un genou droit douloureux, légèrement tuméfié, en flexum avec une extension limitée et douloureuse, une stabilité malgré tout conservée, ainsi qu'une contracture musculaire paravertébrale de la région lombaire, un Lasègue à 40° des deux côtés, avec des changements de position rendus difficiles.

Le traitement médicamenteux avait eu un effet lentement favorable au niveau lombaire. Par contre, la situation restait inchangée au niveau du genou, avec une boiterie bien marquée. Pour ce problème, l'assuré avait été adressé au docteur G_____, pour investigation du kyste synovial déjà décrit sur l'IRM de 2006.

Au vu des atteintes précitées, l'assuré était totalement incapable de travailler depuis le 4 juin 2007 (cf. rapport du Dr D_____ du 12 juillet 2007).

15. Le 28 août 2007, une arthroscopie a été réalisée par le Dr G_____. Selon le compte-rendu opératoire y relatif, une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'un kyste antérieur dans le Hoffa, au pied du croisé, ont été diagnostiqués et réséqués.
16. Dans un rapport daté du 5 octobre 2007, le Dr G_____ a fait état d'une amélioration suite à l'intervention. Il a précisé qu'il fallait néanmoins désormais tenir compte d'une composante psychique : un état dépressif était apparu, qui devait être investigué.
17. Le 12 novembre 2007, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, sans précision (F33.4), existant depuis 2003, suite à une séparation et à un divorce. Aucun arrêt de travail n'avait été établi par le psychiatre précité. L'état de santé de l'assuré était stationnaire. L'assuré se plaignait de tristesse, troubles du sommeil, ruminations autour de sa séparation, perte d'anticipation et d'espoir et avait présenté des idées suicidaires. Le traitement administré consistait en antidépresseurs et anxiolytiques. L'assuré était sous la menace d'une procédure de renvoi, de sorte qu'une amélioration de son état de santé était illusoire.
18. Le 15 février 2008, le Dr F_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à un nouvel examen de l'assuré. Ce dernier signalait notamment une persistance de la douleur du genou droit et présentait une symptomatologie d'invalidation. Le médecin précité n'excluait pas que d'autres problèmes médicaux et la situation psychosociale de l'assuré jouent un rôle important dans la situation telle que présentée.

Au status, le Dr F_____ notait que l'assuré utilisait une canne à droite, sans laquelle il existait un raccourcissement. L'extension du genou était réalisable de manière complète. Le médecin notait également une attitude en flexion du genou droit en décubitus dorsal, une limitation de la flexion, des douleurs diffuses à la palpation avec déclenchement de soupirs et de mouvements de retrait, de sorte qu'il ne lui avait pas été possible d'examiner la stabilité ligamentaire. L'examen n'était pas remarquable du côté gauche. Le périmètre du genou droit n'était pas mesurable en raison d'une absence de relâchement musculaire au niveau de la cuisse. Quant au périmètre du côté gauche, il était de 42 cm.

19. Dans un rapport du 25 novembre 2007, le Dr G_____ a confirmé les diagnostics précédemment posés et a préconisé une expertise à Sion (vraisemblablement à la Clinique romande de réadaptation - CRR).
20. Dans un rapport du 12 novembre 2007, le Dr D_____ a relaté que son patient se plaignait de douleurs invalidantes persistantes et de lombalgies récurrentes. Un travail adapté, sans port de charges, tel qu'une activité de surveillance, était toutefois envisageable.
21. A la demande de l'OAI, la doctoresse I_____, psychiatre au sein du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a procédé à une expertise en date du 31 janvier 2008.

Selon son rapport du 18 février 2008, cet examen n'a pas mis en évidence de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante.

Dans un contexte de divorce, de douleurs chroniques et d'un risque de renvoi dans son pays, l'assuré avait sans doute développé une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, désormais en rémission complète. Les très légers troubles de la mémoire objectivés pendant l'entretien n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail.

Fort de ces constatations, le médecin du SMR n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Par contre, il a posé celui de difficulté d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z80.0) non invalidant.

22. Une IRM du genou droit, effectuée le 3 mars 2008, n'a pas mis en évidence de complication liée à l'arthroscopie mais a permis de relever une discrète gonarthrose fémoro-tibiale ainsi qu'un hypersignal horizontal au niveau du segment moyen du ménisque interne conduisant au diagnostic différentiel de vraie re-déchirure vraie ou de zone cicatricielle.
23. Dans un rapport du 21 mai 2008, le Dr D_____ a confirmé les diagnostics de lombalgies chroniques et d'entorse au genou droit avec déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une hyperparathyroïdie primaire, un status post lithiase rénale à répétition ainsi qu'un épisode dépressif réactionnel depuis fin 2007.

Le médecin a relaté que son patient se plaignait encore de lombalgies récurrentes. Le genou était instable et douloureux, avec des lâchages fréquents.

Sur le plan psychique, l'assuré avait été adressé au Dr H_____ et une amélioration de la symptomatologie dépressive avait été constatée.

Compte tenu de la chronicisation de la symptomatologie, le pronostic était réservé, avec la possibilité d'une amélioration si l'assuré retrouvait un équilibre social, avec une réunification de sa famille et l'accès à une activité professionnelle adaptée, ce qui lui apporterait une autonomie financière et une revalorisation. Le traitement consistait en antidépresseurs, somnifères et anti-inflammatoires, associés à des séances de physiothérapie pour le genou et le problème lombaire.

L'assuré était totalement incapable de travailler comme aide poseur de parquet ou assistant de nettoyage, en raison de ses difficultés à s'agenouiller, à monter et descendre les escaliers, de l'instabilité à la marche et de la limitation du port de charges.

Ces restrictions pouvaient toutefois être réduites par des mesures médicales, avec une amélioration de la stabilité du genou, ce qui pourrait sensiblement améliorer la capacité de travail de l'assuré. Selon le Dr D_____, l'assuré était capable d'exercer à 50% une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'alterner les positions, d'éviter le travail bras au-dessus de la tête et le port de charges de plus de 10 kg. L'assuré n'était pas limité dans sa capacité de compréhension. Il l'était en revanche par ses capacités de concentration, d'adaptation et de résistance, lesquelles étaient limitées à 50%.

24. Le Dr F_____ a procédé à un nouvel examen le 13 août 2008 et constaté une symptomatologie identique mais la disparition du déficit d'extension constaté préalablement. Cela étant, d'autres problèmes - médicaux et psycho-sociaux - jouaient un rôle-clé.
25. L'assuré a séjourné à la CRR du 13 janvier au 3 février 2009 (cf. rapport du 18 février 2009).

Les médecins de la CRR ont retenu les diagnostics suivants : gonalgie droite chronique, arthroscopie du genou droit en 2007 et chondropathie de grade I à II de la rotule. A titre de comorbidités, les médecins ont mentionné : des lombalgies chroniques, un trouble dépressif récurrent en rémission sous traitement, une lithiase rénale à répétition, une para-thyroïdectomie en 2008 et une appendicectomie dans l'enfance.

A l'examen, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a observé une attitude très démonstrative, accompagnée de soupirs alternant avec des moments d'irritation. Les informations et les allégations de l'assuré étaient difficilement vérifiables, son attention et sa mémoire difficiles à tester, l'intéressé mettant en avant la prise de médicaments pour justifier l'absence de réponses à certaines questions. Spontanément, il n'avait mentionné aucun signe dépressif à l'exception d'une irritabilité. Cela étant, il acquiesçait lorsqu'il était interrogé sur des items spécifiques. Les signes d'anxiété étaient absents, l'assuré mentionnant toutefois une fatigue matinale et un sommeil plutôt perturbé. Enfin, il ne présentait pas de symptômes évocateurs d'un trouble psychotique. Compte tenu

de ces constatations, la psychiatre de la CRR a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission sous traitement (F 33.4).

Sur le plan orthopédique, les docteurs K_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en chirurgie orthopédique, et L_____, médecin-assistant, ont notamment souligné une ponctualité et une collaboration de l'assuré moyennes. Les médecins se sont en outre dits frappés par l'importance de la discordance entre l'examen clinique et les douleurs alléguées par l'assuré.

En conclusion, selon les médecins de la CRR, il n'y avait pas d'élément justifiant la poursuite d'une incapacité de travail étant donné l'absence de lésion objectivée. Cependant, l'absence de qualification, le fonctionnement projectif de l'assuré, le contexte psycho-social complexe et la non-réceptivité aux messages de réassurance constituaient des facteurs de mauvais pronostic pour la reprise d'une activité. En conclusion, pour les médecins de la CRR, l'assuré était capable de travailler à 100% dans sa profession d'ouvrier non qualifié et ce, dès le 9 février 2009.

26. Par décision du 4 février 2009, confirmée sur opposition le 11 septembre 2009, la SUVA a reconnu à l'assuré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} mars 2009.
27. Le 14 décembre 2009, la doctoresse M_____, médecin auprès du SMR, s'est ralliée à la position de la SUVA.
28. Le 14 décembre 2009, la doctoresse N_____, médecin cheffe de clinique auprès du service de psychiatrie adulte des HUG, a établi une attestation dont il ressort que l'assuré a été suivi à la consultation de la Jonction depuis septembre 2009 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques et d'un syndrome douloureux somatoforme chronique. L'assuré était au bénéfice d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique ayant pour but l'amélioration de ses fonctions psychiques, l'augmentation de son indépendance, la facilitation de la reprise de ses loisirs ainsi que la poursuite de certaines activités. Depuis le début du suivi, la capacité de travail de l'assuré était nulle.
29. Par courrier du 22 décembre 2009, la doctoresse O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté avoir suivi l'assuré entre juillet 2008 et juillet 2009 en raison d'un trouble dépressif d'intensité moyenne à sévère, accompagné d'une importante irritabilité, ayant entraîné une totale incapacité de travailler dès le début du suivi, en raison d'un épuisement psychique, d'une symptomatologie dépressive ainsi que d'une importante irritabilité. L'assuré bénéficiait d'un traitement d'antidépresseurs et de neuroleptiques à faible dose, à visée anxiolytique.
30. Le 15 janvier 2010, le Dr D_____ a attesté, de manière succincte, que l'assuré était totalement incapable d'exercer la moindre activité. Les problèmes de santé et des effets secondaires des traitements ne permettaient pas d'envisager une reprise.

31. Le 22 février 2010, le docteur P_____, médecin auprès du SMR, a récapitulé les diagnostics retenus par les médecins de la CRR, en relevant, s'agissant des atteintes à la santé physique, deux périodes :

- entre le 3 février et le 27 août 2007, la déchirure du ménisque interne droit n'avait pas été opérée ; pour cette période, il fallait se référer, faute d'appréciation conclusive des médecins de la SUVA, à l'évaluation du Dr D_____ du 13 février 2007 (incapacité totale à exercer l'activité habituelle du 3 février 2006 au 31 janvier 2007 puis, dès le 1er février 2007, capable d'exercer à 100% une activité adaptée sans port de charges ni travaux physiquement lourds) ; cette première période comprenait l'aggravation ayant conduit à un arrêt de travail dès le 4 janvier 2007 et à l'indication opératoire ;
- la période postérieure au 28 août 2007, suite à l'arthroscopie avec résection du ménisque droit et résection du kyste synovial ; l'IRM du 3 mars 2008 avait permis d'exclure des complications organiques postopératoires et l'évaluation à la CRR avait conclu à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle dès le 4 mars 2008.

Sur le plan psychique, le Dr P_____ a relevé que les examens pratiqués au SMR le 31 janvier 2008 et à la CRR le 22 janvier 2009 n'avaient permis de mettre en évidence ni atteinte psychiatrique incapacitante ni limitation fonctionnelle. Cela étant, compte tenu de l'aggravation de l'état psychique mentionnée par la Dresse N_____ dans son rapport du 14 décembre 2009, il convenait de solliciter un rapport complémentaire auprès de ce médecin.

32. Dans un rapport du 21 juin 2010, la Dresse N_____ a conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique (F 33.11) présent depuis 2006-2007, à une gonalgie chronique et des difficultés liées à l'environnement social (Z 60.8) depuis 2000. Elle a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une personnalité émotionnellement labile, type impulsive (F 60.30) et des apnées du sommeil depuis 2009.

Sur le plan psychique, l'assuré, préoccupé par son dernier divorce et l'absence d'activité professionnelle, souffrait depuis 2007-2008 d'une symptomatologie dépressive. D'abord suivi par un médecin compatriote puis par la Dresse O_____ et mécontent du résultat du traitement antidépresseur, il avait été orienté à la consultation de la Jonction.

S'agissant des symptômes, la Dresse N_____ a relevé que l'assuré était collaborant, bien orienté dans le temps et l'espace, modérément tendu, avec de multiples tics. Il se plaignait de baisse d'appétit - sans mise en évidence d'une perte de poids -, de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire de courte durée, ce qui lui donnait un sentiment d'anxiété et la nécessité de vérifier certains détails à de multiples reprises. L'assuré se disait la plupart du temps triste. En raison des ruminations axées sur son parcours de vie, il souffrait de troubles du sommeil mixtes, avec des réveils nocturnes. Il se plaignait de fatigue, d'un manque

d'envie d'entreprendre, d'une perte de plaisir. En raison de son attitude renfermée, son réseau social était très restreint, de sorte qu'il utilisait souvent ses enfants comme moyen d'information et de contact avec les autres.

Son comportement a été qualifié de multi-plaintif, fataliste, mettant en avant ses pertes sociale, professionnelle et familiale, avec pour seule attente le désir de retrouver son état de santé d'autrefois.

Le pronostic était mauvais étant donné que l'assuré ne contribuait que de manière limitée à son évolution, restant centré dans ses demandes « magiques de changement complet de son état de santé ».

Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail depuis septembre 2009 dans son activité habituelle. Pour le reste, il a retenu un rendement réduit de 50 à 60% en raison de l'abaissement de l'humeur.

33. Lors d'un entretien téléphonique du 23 septembre 2010, la Dresse N_____ a expliqué au Dr P_____ qu'ayant repris le suivi de l'assuré sans information du précédent psychiatre traitant, il lui était difficile d'obtenir des informations précises de l'assuré, quand bien même celui-ci parlait assez bien le français, dès lors qu'il s'exprimait essentiellement sur ses difficultés sociales et l'avenir de ses enfants. Il se laissait porter par son entourage.
34. Le 26 octobre 2010, le Dr P_____ a résumé la situation et considéré qu'avant de procéder à un examen psychiatrique, il convenait d'attendre le résultat des investigations du laboratoire du sommeil des HUG.
35. Le 10 novembre 2010, les HUG ont indiqué que ces investigations avaient permis de confirmer l'existence d'un syndrome d'apnée et d'hypopnée obstructif du sommeil sévère. L'enregistrement polysomnographique avait également mis en évidence la présence de mouvements périodiques des membres inférieurs, en majeure partie associée à la problématique respiratoire.
36. Le 25 mars 2011, le Dr P_____ a préconisé de réinterroger les Drs N_____ et D_____ ainsi que le spécialiste en charge de la pathologie du sommeil.
37. Lors d'un entretien téléphonique du 29 mars 2011, le service du sommeil des HUG a informé l'OAI qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis novembre 2010.
38. Le 19 avril 2011, le Dr D_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de son patient depuis environ un an, avec une dégradation marquée des troubles dépressifs réactionnels. Selon lui, une activité adaptée ne pouvait être exigée qu'à raison de 50% au maximum, dans un poste de surveillance, par exemple.
39. Le 30 mai 2011, la Dresse N_____, après avoir fait état de deux aggravations, a confirmé les diagnostics posés précédemment.

Depuis juin 2010, l'état de santé de son patient fluctuait entre dysthymie de fond, bouffées d'irritabilité et de colère, crises de désespoir et d'anxiété, le tout partiellement amélioré par la médication psychotrope.

Deux péjorations étaient intervenues suite à la scolarisation des enfants (instabilité de leur statut social en Suisse) et à la perte de leur appartement en décembre 2010. L'assuré avait alors traversé des états de dépression sévère, reflet de son incapacité à faire face à une vie sollicitante, à investir l'avenir et à se fixer des objectifs.

Le retour d'une certaine stabilité dans sa vie (présence de ses frères et sœurs, reprise d'un appartement avec ses enfants), associé aux changements de traitements, avait permis une amélioration de l'humeur et un investissement du quotidien.

Cela étant, la présence chronique de la symptomatologie dépressive, les difficultés d'adaptation, l'asthénie et les troubles du sommeil avaient pour conséquence que la capacité de travail était nulle. Le pronostic à moyen terme était médiocre, la reprise d'une activité professionnelle inenvisageable pour le moment.

40. Lors d'un entretien téléphonique du 29 août 2011, le Dr D_____ a indiqué ne disposer d'aucun autre document du laboratoire du sommeil. L'assuré était appareillé (Continuous Positive Airway Pressure [CPAP] ; pression positive continue dans les voies aériennes) ; il n'était au courant d'aucun effet indésirable.
41. Le 17 octobre 2011, le Dr P_____ a préconisé un examen rhumatologique et psychiatrique par le bureau romand d'expertises médicales (BREM).
42. La doctoresse Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et le docteur R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, s'en sont chargés (cf. leur rapport du 8 février 2012).

L'examen clinique rhumatologique a montré un assuré en bon état général, avec un déconditionnement surtout lié à sa sédentarité, ayant récupéré une trophicité musculaire quadricipitale droite normale, avec un genou sec et stable. Aucune arthrose congestive évolutive n'a été mise en évidence, l'assuré ayant récupéré une excellente trophicité du quadriceps, ce qui témoignait d'un bon pronostic sur le genou opéré six ans auparavant. En conclusion, sur le plan rhumatologique, aucun élément médical ne venait contredire l'appréciation des médecins de la CRR quant à la capacité de travail de l'intéressé ; tout comme eux, les médecins du BREM ont conclu à une pleine exigibilité dans toute activité du point de vue rhumatologique.

Sur le plan psychique, les médecins du BREM ont relevé à l'examen des symptômes subjectifs (baisse de l'énergie, de l'intérêt, du plaisir et de l'humeur, perte de libido, de l'appétit et aggravation matinale de la dépression) compatibles avec le diagnostic d'épisode dépressif au sens de la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10). Le diagnostic d'épisode dépressif sévère a cependant été écarté pour divers motifs : absence d'altération de l'état général, de perte de poids, de culpabilité irrationnelle et de ralentissement sévère (quand bien même il existait un certain degré de ralentissement moteur et idéique, celui-ci pouvait être qualifié de discret étant donné qu'il fluctuait au cours de l'examen) et présence d'une réactivité de l'humeur aux stimuli.

Forts de ce qui précède, les médecins du BREM ont finalement retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, en relevant que ce diagnostic avait d'ailleurs été posé à plusieurs reprises dans le dossier. Ni l'anamnèse ni les données du dossier ne permettaient d'établir l'existence de rémissions depuis le début de l'affection en 2007, de sorte que le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'était pas justifié.

A cela s'ajoutait une composante anxieuse (irritabilité, rituels du lavage, soucis) pas suffisamment spécifique ni sévère pour justifier un diagnostic autonome de trouble anxieux, de sorte que l'anxiété devait être comprise dans le cadre du trouble dépressif.

Quant au diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, il ne pouvait être posé en raison de la présence concomitante du trouble dépressif, quand bien même l'assuré mentionnait des douleurs sans substrat organique.

Enfin, le diagnostic de trouble de la personnalité a été qualifié d'hypothèse possible mais non vraisemblable en l'état du dossier, dans la mesure où il était difficile de distinguer, dans la vie tourmentée de l'assuré, les circonstances sociales et politiques, ce qui relevait du tempérament de l'assuré ou d'un éventuel trouble de la personnalité.

Finalement, seul l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) a été considéré comme ayant des effets sur la capacité de travail, au contraire des autres diagnostics mentionnés (obésité, syndrome d'apnées du sommeil, status post contusion du genou, lombalgie commune dans le contexte de discrets troubles dégénératifs, de séquelles d'ostéodystrophie de croissance et d'une anomalie de transition lombo-sacrée, status post-lithotrities extracorporelles pour lithiases rénales et status après ablation chirurgicale d'un adénome parathyroïdien en 2008).

Les médecins du BREM ont estimé que l'épisode dépressif moyen était susceptible d'entraîner quelques limitations fonctionnelles modérées (diminution de l'énergie disponible, baisse de la motivation et de l'engagement et troubles cognitifs) ne dépassant pas 30%.

Les experts ont relevé que la Dresse N_____ s'était surtout fondée sur les limitations subjectives invoquées par son patient, sur les facteurs sociaux et les douleurs, pour conclure à une incapacité totale. Il en allait de même des Drs H_____ et O_____.

Or, depuis le séjour à la CRR, il était établi qu'il n'y avait aucune pathologie somatique invalidante, ce qui était confirmé par l'expertise du BREM. Le problème social, soit le risque d'expulsion de Suisse, était un facteur de stress non durable. Quant aux aggravations passagères mentionnées par la Dresse N_____, il s'agissait clairement de troubles réactionnels de l'adaptation à divers facteurs de stress momentanés, de sorte qu'ils ne pouvaient interférer durablement avec la capacité de travail. Si la dépression avait été en rémission, comme cela avait été

relevé par les Dresses I_____ et J_____, en janvier 2008 et janvier 2009, cela n'avait probablement pas duré.

En définitive, les médecins du BREM ont considéré que les différents médecins avaient apprécié différemment la capacité de travail de l'assuré en se basant sur des éléments cliniques proches.

Depuis plusieurs années, l'expertisé était engagé sur la voie de l'invalidation, dont il pouvait sortir à la condition de mettre toutes ses ressources au service d'un retour dans le monde actif, ce qu'il avait semblé sincèrement souhaiter lors de l'examen. Pour ce faire, un appui par son entourage professionnel et thérapeutique était très utile et la prescription de psychotropes sédatifs limitée au strict nécessaire.

En conclusion, les experts ont considéré que l'assuré était capable d'exercer à 70% toute activité adaptée à ses compétences, avec une réserve, sur le plan physique, pour le travail en hauteur ou avec des machines dangereuses, vu la prise de benzodiazépines et autres psychotropes et les apnées du sommeil.

43. Le 28 février 2012, le docteur S_____, médecin auprès du SMR, a considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité et ce, depuis sa sortie de la CRR, début février 2009 ; la comorbidité psychiatrique justifiait toutefois une réduction de rendement de 30% dès novembre 2007.
44. Par décision du 20 mars 2013, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière du 3 février 2007 au 30 avril 2009.
45. Le 7 mai 2013, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 20 mars 2012 et à l'octroi d'une rente entière au-delà du 30 avril 2009, subsidiairement à celui d'une mesure de réinsertion.

A l'appui de sa position, le recourant produit notamment un rapport de la docteure T_____, du service de psychiatrie générale des HUG, du 26 avril 2013, confirmant qu'il est suivi très régulièrement depuis septembre 2009, précisant que l'appareillage CPAP dont bénéficie l'assuré ne le soulage que partiellement, qu'il continue à souffrir d'irritabilité et d'impulsivité malgré les traitements, que seule l'introduction du Cipralex en août 2012 a permis une légère amélioration et concluant à une totale incapacité depuis septembre 2009.

46. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 5 juin 2013, a conclu au rejet du recours.

L'intimé considère que l'expertise pluridisciplinaire du BREM doit se voir reconnaître pleine valeur probante. En particulier, il considère que le rapport de la Dresse T_____ n'apporte aucun élément nouveau qui aurait été ignoré par les médecins du BREM, dont il fait remarquer que les conclusions rejoignent celles du SMR et de la CRR. Il en tire la conclusion que la situation médicale a suffisamment été investiguée et qu'il convient de retenir une pleine capacité de travail, avec une diminution de rendement de 30%.

Concernant la mise en place d'une mesure de réinsertion, l'intimé relève, d'une part, que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans toute activité, moyennant une diminution de rendement de 30%, d'autre part, que les conditions pour se voir mettre au bénéfice d'une mesure de réinsertion ne sont pas remplies.

47. Par écriture du 12 juillet 2013, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il reproche aux médecins du BREM de ne l'avoir examiné qu'une journée et d'avoir rendu leur rapport deux mois plus tard.

Il relève que leurs conclusions divergent tant de celles de ses médecins traitants que des médecins de la SUVA et du SMR, raison pour laquelle il demande la mise sur pied d'une nouvelle expertise.

Enfin, le recourant persiste dans ses conclusions tendant à l'octroi d'une mesure de réinsertion professionnelle.

48. Le 13 février 2014 s'est tenue une audience d'enquêtes au cours de laquelle le Dr D_____ a été entendu.

Après avoir résumé l'évolution de l'état de santé du recourant jusqu'en 2007, ce médecin a déploré que ni l'OAI ni l'assurance-chômage ne lui aient proposé une mesure de réinsertion, lorsqu'il était encore très motivé et volontaire.

Le recourant n'ayant pu retrouver un poste, une dépression s'est installée en 2008-2009. Désormais, le recourant est épuisé, très sombre, aigri et n'a plus d'attentes ; l'atteinte dépressive domine le tableau.

Depuis 2012, la situation s'est fortement dégradée, le recourant étant persuadé que sa vie est terminée. Comme il présente une irritabilité très augmentée, un traitement assez lourd lui a été prescrit, qui a eu pour conséquence de « l'assommer ». Ainsi, lorsqu'un rendez-vous est prévu le matin, une fois sur deux, le recourant n'arrive pas à se lever et lorsqu'il y parvient, il se comporte comme un « zombie ».

Selon le médecin, dans ces conditions, toute réinsertion est illusoire.

Sur le plan strictement somatique, la situation est identique à celle qui prévalait en 2010 : une activité épargnant les genoux et le dos serait envisageable, comme par exemple une activité de surveillance ou de conciergerie légère. Cependant, en raison des troubles psychiques, le Dr D_____ conclut à une totale incapacité de travail.

Selon lui, l'expertise du BREM ne tient pas suffisamment compte des problèmes psychiques du recourant et de sa situation personnelle.

49. Entendue à son tour, la Dresse T_____ a confirmé le diagnostic d'épisode dépressif moyen (à sévère parfois).

Selon le témoin, malgré une compliancé totale, une collaboration importante, un suivi infirmier une fois par semaine et l'hôpital de jour, le recourant a beaucoup de mal à se mobiliser (difficultés de concentration, de tolérance au bruit, incapacité à

rester assis plus d'un quart d'heure). A cela s'ajoute une très grande irritabilité, le recourant se livrant parfois à des altercations dans la rue et arrivant à la consultation dans des états difficiles à gérer. Il ne supporte que difficilement les transports publics.

La Dresse T_____ a conclu à une incapacité de travail totale. Elle s'est dite choquée par le degré d'incapacité retenu dans l'expertise du BREM. Concernant la critique selon laquelle le recourant serait trop médicamenté, elle rappelle que son patient souffre de troubles importants du sommeil et d'une irritabilité exacerbée qui lui pose de grands problèmes au quotidien. Dans une tentative de resocialisation, elle a introduit l'hôpital de jour, sans grand succès.

En considérant que le recourant ne peut pas participer à un groupe de jeu durant trois quarts d'heure, la Dresse T_____ est d'avis qu'une réadaptation, même en milieu protégé, serait impossible. Si, globalement, les diagnostics retenus par le BREM correspondent aux siens, elle considère que les experts ont sous-évalué la gravité de l'état du recourant au quotidien, beaucoup plus sévère que décrit, en n'appréciant pas correctement le côté invalidant de l'irritabilité, des troubles de l'attention, des troubles cognitifs, etc., étant précisé que le recourant est complètement dépendant de ses enfants qui lui rappellent chacun de ses rendez-vous et gèrent la prise de son traitement.

50. Suite aux auditions des médecins, l'intimé s'est prononcé par courrier du 10 avril 2014 et a persisté dans ses conclusions en rejet du recours en relevant que l'irritabilité mentionnée par la Dresse T_____ - ne constituait pas un diagnostic.
51. Pour sa part, le recourant a également persisté dans ses conclusions par courrier du 11 avril 2014.
52. Par ordonnance du 23 décembre 2014 (ATAS/1354/2014), la Chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique dont elle a confié le soin au docteur U_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
53. L'expert judiciaire a rendu son rapport en date du 4 mai 2015.

Le Dr U_____ s'est basé sur la lecture du dossier, un entretien psychologique et un examen psychiatrique, un entretien de quarante-cinq minutes avec la fille de l'assuré, un contrôle plasmatique des psychotropes, un concilium avec le psychiatre traitant et une analyse biochimique fournie par celui-ci.

Après une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle détaillée, une description du quotidien de l'assuré et la relation des plaintes de celui-ci, l'expert a relaté les conclusions de son examen clinique, pratiqué en présence d'un interprète albanophone.

A l'issue de son examen, l'expert a retenu à titre principal les diagnostics de trouble dépressif majeur isolé, sévère, avec caractéristiques psychotiques, de dépendance aux sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques et de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale, ainsi qu'un trouble de la

personnalité non spécifié (traits de la personnalité borderline impulsifs) décompensé.

Constatant que des soins spécialisés n'avaient pas été prodigués avant 2007, l'expert a considéré que c'était à ce moment que l'épisode dépressif a décompensé au point de devenir handicapant. Depuis lors, il n'y a pas eu de rémission significative et durable.

Selon l'expert, certains éléments permettent de conclure à une composante psychotique de nature paranoïaque : l'assuré se déplace en permanence avec un grand bâton ferré pouvant lui servir d'arme et il est très fréquemment impliqué dans des altercations où l'entraîne son caractère impulsif et explosif ; il ressent une hostilité ambiante qui le conduit parfois à éviter de sortir de chez lui. Eu égard à l'ensemble de ses observations et considérant la présence de caractéristiques psychotiques, associées au trouble dépressif majeur, l'expert a conclu que celui-ci revêt une gravité sévère.

L'expert a rappelé par ailleurs que six antidépresseurs différents, à des dosages efficaces et avec une compliance décrite comme satisfaisante, avaient été administrés, sans parvenir à un amendement significatif de la symptomatologie et ce, malgré différents soins administrés par de nombreux spécialistes, dans un cadre ambulatoire, ainsi qu'à l'Hôpital de jour. Il en a tiré la conclusion que la dépression était résistante et rebelle aux traitements.

L'expert a encore relevé un tentamen médicamenteux quelques mois avant son examen, et une idéation noire, voire suicidaire, persistante.

Il a souligné que l'assuré prend depuis plusieurs années un traitement anxiolytique, hypnotique et neuroleptique à doses significatives ; le fait qu'il n'ait pu l'arrêter figure d'ailleurs au dossier depuis 2009.

Selon l'expert, le trouble douloureux signalé en décembre 2009 a bel et bien existé de façon autonome et persiste encore mais, bien que l'assuré se plaigne encore de douleurs dorsales, ce trouble n'occupe plus l'avant-scène et ne semble pas constituer un handicap majeur dans le quotidien. Dans les années 2006 - 2010, son impact était beaucoup plus sévère. Dès lors, l'expert considère qu'un tableau de type fibromyalgique typique ne fait pas partie du diagnostic.

L'expert a fait remarquer qu'un trouble de la personnalité était déjà suggéré par la Dresse N_____ en juin 2010 et par le psychiatre traitant en avril 2015. Il explique que le comportement de l'assuré est caractérisé par une impulsivité, une explosivité et une agressivité, associées à de nombreuses altercations. S'y ajoute un côté abandonnique et un sentiment de rejet et d'exclusion. Enfin, la personnalité fruste de l'expertisé, dépourvu de tout pouvoir de représentation, diminue aussi sa capacité adaptative.

Selon l'expert, par rapport à la situation telle qu'elle se présentait fin 2011, lors de l'expertise du BREM, l'état de l'assuré a globalement empiré : si le trouble

douloureux n'occupe plus l'avant-scène, c'est surtout une tension psychique, une irritabilité, une impulsivité agressive et une tendance paranoïaque qui accompagnent désormais un fond de tristesse. Désormais, la morbidité est cristallisée et immuable.

En conclusion, le trouble thymo-anxieux et le trouble de la personnalité limite impulsive décompensé remontent à 2004 mais ont été incapacitants surtout à partir de 2006 - 2007.

L'état dépressif peut être qualifié de sévère, en particulier du fait de la composante paranoïaque. Les limitations fonctionnelles en découlant sont nombreuses : sentiment de tristesse, perte relative d'espoir, dévalorisation, sentiment de culpabilité, présence d'idéation noire, voire suicidaire, forte tension psychique avec irritabilité, explosivité et agressivité et troubles cognitifs, auxquels contribue la consommation importante de calmants et de sédatifs. L'atteinte psychotique induit une forte susceptibilité, une explosivité et une agressivité, avec passage à l'acte et perte de contrôle.

Quant à la décompensation de la personnalité, elle doit également être qualifiée de sévère. Sa décompensation induit une fragilité généralisée, une faible tolérance au stress, des capacités adaptatives nettement diminuées, ainsi qu'un sentiment de rejet et d'abandon envahissant.

Selon l'expert, la combinaison du trouble de la personnalité décompensée et de l'atteinte thymique anxieuse rend l'expertisé particulièrement vulnérable à la présence de tout stress émotionnel et amplifie ses limitations.

La compliance de l'assuré aux traitements antidépresseur et neuroleptique - les seuls dont l'expert a considéré qu'ils étaient véritablement nécessaires et indiqués - a été vérifiée : le taux plasmatique contrôlé se trouvait dans la fourchette thérapeutique. Par ailleurs, l'assuré s'est montré très motivé à poursuivre son traitement.

La prise en charge et le traitement ont été considérés comme globalement adéquats.

L'expert a expliqué que l'état dépressif majeur, avec ses caractéristiques psychotiques, induit une incapacité de travail totale. Qui plus est, la dépendance aux benzodiazépines sédatives diminue encore le rendement. Le trouble de la personnalité ne peut être isolé du trouble de la thymie.

Selon le Dr U_____, l'incapacité de travail durable remonte à septembre 2006, période à laquelle l'assuré a épuisé ses ressources adaptatives et a dû démissionner de son emploi. Son état a depuis lors évolué défavorablement au point que, dorénavant, l'exigibilité d'une activité est nulle et le rendement diminué de 100%.

L'expert a relevé un net décalage entre les avis des psychiatres traitants et des médecins du BREM. Il a rappelé que la Dresse O_____ concluait en 2008 déjà à un trouble dépressif moyen à sévère et à une incapacité totale ; elle avait d'ailleurs adressé son patient à la consultation de la Jonction, qui avait confirmé son avis.

L'expert s'est en particulier étonné du contraste entre l'importance des troubles cognitifs décrits par les experts du BREM (l'assuré avait oublié une casserole sur le feu, son porte-monnaie, son arrêt de bus, etc.) et les conclusions prises. Selon lui, le statut décrit dans l'expertise du BREM confirmait déjà la gravité du tableau psychique. Les experts du BREM avaient d'ailleurs relevé de l'agressivité, une colère extrême, des altercations multiples avec des connaissances ou des inconnus, le fait que l'expertisé évitait de se promener pour éviter de se retrouver dans de telles situations et le fait qu'il décrivait déjà un vécu persécutoire. Selon l'expert, le BREM s'est par ailleurs montré trop optimiste quant aux ressources de l'assuré, alors même que celui-ci se trouvait sous forte médication sédatrice. Selon le Dr U_____, il apparaît à la lecture du dossier que l'appui de l'entourage de l'assuré, à cette époque déjà, ne servait qu'à le maintenir en vie, à prévenir un tentamen ou un acte hétéro-agressif grave et à empêcher la glissade vers la folie persécutive complète et l'hospitalisation psychiatrique durable. L'expert a émis l'avis que les ressources nécessaires à une adaptation au monde du travail étaient de loin déjà épuisées en 2011.

54. Par écriture du 3 juillet 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions.

55. Par écriture du même jour, l'intimé a fait de même.

L'intimé soutient que les conclusions du Dr U_____ ne peuvent être suivies : selon lui, ses diagnostics n'emportent pas la conviction et son rapport contient des contradictions manifestes. Ainsi, selon le SMR, la description de l'état psychique de l'assuré ne permet pas de retenir un diagnostic de trouble dépressif sévère. Quant au trouble de la personnalité non spécifié et aux traits de personnalité borderline décompensés, le SMR considère qu'ils sont très peu étayés par l'expert. A cet égard, il rappelle que seuls les troubles de la personnalité sont susceptibles de décompensation (non les traits de personnalité) ; l'intimé considère qu'il s'agit là d'une imprécision susceptible de jeter le doute sur la fiabilité des conclusions de l'expert, d'autant que sa description ne révélerait aucun signe de décompensation. Le SMR ajoute que les analyses du taux plasmatique ne révèlent qu'une compliance très partielle.

Au surplus, l'intimé considère que l'évaluation du Dr U_____ est empreinte de facteurs non médicaux, notamment psychosociaux, non pertinents en matière d'assurance-invalidité.

EN DROIT

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 23 décembre 2014, il n'y a pas lieu d'y revenir.

-
2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93, consid. 6b, ATF 112).

4. Quant à l'objet du litige, il a également été précisé dans l'ordonnance du 23 décembre 2014 : le litige porte sur le droit de l'intimé à mettre un terme au versement de la rente d'invalidité avec effet au 30 avril 2009, singulièrement sur l'existence d'une invalidité au-delà de cette date.
5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence

d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

b. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour

l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

c. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la

manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

11. Ainsi que cela a déjà été dit, l'objet du litige porte le droit du recourant à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 avril 2009.

Le recourant admet que son état s'est amélioré sur le plan somatique mais conteste en revanche toute amélioration au plan psychique.

Dans son ordonnance d'expertise, la Cour de céans a constaté qu'au moment de la décision litigieuse, le dossier constitué par l'intimé comportait plusieurs appréciations divergentes concernant l'atteinte psychique du recourant. Il avait ainsi été fait état : d'un trouble dépressif récurrent en rémission (cf. rapport du Dr H_____ du 12 novembre 2007), d'un épisode dépressif réactionnel sans effet sur la capacité de travail (cf. rapport du Dr D_____ du 21 mai 2008), d'un trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques (cf. rapport de la Dresse N_____ du 14 décembre 2009), d'un trouble dépressif d'intensité moyenne à sévère (selon rapport de la Dresse O_____ du 22 décembre 2009) ou encore d'un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (selon rapport de la Dresse N_____ du 21 juin 2010).

La Cour de céans a relevé que ces rapports devaient être considérés avec circonspection, dès lors qu'ils ne répondaient pas aux critères jurisprudentiels permettant de leur reconnaître pleine valeur probante : ils ne motivaient en effet pas ou prou leurs conclusions, ne comportaient pas - à l'exception des rapports de la Dresse N_____ - d'anamnèse détaillée, n'évaluaient pas en détail la capacité de travail et comportaient parfois des conclusions contradictoires. Force était cependant de constater que plusieurs médecins concluaient en faveur d'un trouble psychique incapacitant.

La Dresse I_____, quant à elle, avait considéré que le trouble dépressif récurrent était en rémission complète, rejoignant en cela les appréciations des Drs H_____ (cf. son rapport du 12 novembre 2007) et D_____ (cf. son rapport du 21 mai 2008). Son rapport remontait cependant au 18 janvier 2008 et ne permettait pas de juger l'évolution de la capacité de travail du recourant jusqu'à la décision querellée, intervenue plusieurs années plus tard, le 20 mars 2013.

Quant au rapport de la CRR du 10 février 2009, il ne répondait pas aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante, puisqu'il ne prenait pas en considération les plaintes exprimées par le recourant et n'avait pas été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse). Il était par exemple impossible de dire si les médecins de la CRR avaient eu connaissance de l'avis du psychiatre traitant qui suivait alors l'assuré.

Enfin, le rapport des médecins du BREM, daté du 8 février 2012, répondait certes à de nombreux réquisits jurisprudentiels, mais une pleine valeur probante ne pouvait lui être reconnue pour plusieurs raisons :

- les médecins avaient retenu une réduction de la capacité de travail de 30% depuis novembre 2007 sans expliquer leurs conclusions, alors même que leur appréciation entraînait en contradiction avec celles des Drs H_____, D_____, I_____ et J_____ (qui n'avaient toute incapacité de travail) ;
- les médecins du BREM avaient conclu à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique entraînant une diminution de la capacité de travail de 30% depuis novembre 2007, alors qu'entre juillet 2008 et juin 2010, les psychiatres traitants du recourant avaient attesté d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne à sévère (cf. rapports de la Dresse N_____ du 14 décembre 2009, de la Dresse O_____ du 22 décembre 2009 ou encore de la Dresse N_____ du 21 juin 2010) ; les médecins du BREM n'expliquaient ces divergences que par des spéculations quant aux motifs ayant conduit les médecins traitants à retenir une incapacité totale de travailler ; ils avaient par ailleurs sous-estimé l'irritabilité extrême du recourant, qui si elle ne constituait certes pas un diagnostic autonome, était soulignée par les psychiatres traitants comme très problématique ;
- les médecins du BREM ne s'étaient pas prononcés sur l'évolution de la capacité de travail du recourant dans le temps ;
- enfin, leur examen remontait à début décembre 2011, soit près d'une année et demie avant la décision querellée.

Le rapport d'expertise judiciaire du Dr U_____ peut se voir reconnaître pleine valeur probante en tant qu'il est fondé sur une documentation complète et des diagnostics précis, qu'il comporte une discussion convaincante, des conclusions retenues et qu'il apporte des réponses détaillées aux questions posées. L'expert expose en détails les raisons qui l'amènent à retenir tel ou tel diagnostic et à écarter tel autre. En particulier, il explique pour quelles raisons il considère que le trouble

douloureux n'occupe plus le devant de la scène. Il est vrai que le rapport de l'expert fourmille de détails factuels et personnels, non pas pour justifier ses diagnostics par des considérations d'ordre psychosocial, comme le soutient l'intimé, mais pour illustrer les motifs qui le conduisent à pencher pour un diagnostic plutôt qu'un autre. En particulier, l'expert illustre ainsi l'impact de l'irritabilité explosive de l'assuré sur son quotidien et l'imbrication du trouble psychique avec le trouble de la personnalité, déjà évoqué ou suggéré par le passé par certains psychiatres traitants, sans précision. Qui plus est, les conclusions de l'expert sont étayées, notamment, par des contrôles plasmatiques.

La Cour considère que, dans ces circonstances, il convient de se ranger aux conclusions de l'expert judiciaire, en l'absence de motifs impératifs permettant de s'en écarter. Il est rappelé à cet égard que la tâche de l'expert est précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné, ce que la Cour avait jugé utile en l'occurrence, pour les motifs rappelés supra.

En d'autres termes, il convient d'admettre que l'assuré est atteint d'un trouble dépressif sévère cristallisé et rebelle aux traitements, avec une composante paranoïaque, associé à un trouble de la personnalité également sévère et décompensé, qui entraînent, à eux deux, une totale incapacité de travail.

Eu égard à ces considérations, le recours est admis, le droit du recourant à une rente entière étant admis au-delà du 30 avril 2009.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

Au fond :

1. Admet le recours au sens des considérants.
2. Annule la décision du 2 mars 2013 en tant qu'elle limite le droit à la rente au 30 avril 2009.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de CHF 3'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le